

3. Профилактику ранней анемии недоношенных препаратами эритропоэтина в комбинации с препаратами гемopoэтического действия, надо проводить до появления симптомов, со второй недели жизни.
4. При применении препаратов крови в лечении анемии течение последней принимает волнообразный характер, что связано с угнетением эритропоэза.
5. На развитие ретинопатии недоношенных у глубоко недоношенных детей в большей степени влияет срок гестации, а не анемия и метод ее коррекции.

Литература:

1. Дегтярев, Д.Н. Современные представления о патогенезе и лечении анемии у недоношенных детей / Д.Н. Дегтярев, Н.А. Курмашева, Н.Н. Володин // Лекции кафедры неонатологии. – ФУВ РГМУ, 1994.
2. Морщакова, Е.Ф. Эритропоэз и его регуляция в эмбриональном, фетальном и неонатальном периодах / Е.Ф. Морщакова, А.Д. Павлов, А.Г. Румянцев // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. – 1999. – Т. 44, № 3. – С.12-16.
3. Румянцев, А.Г. Эритропоэтин. Биологические свойства. Возрастная регуляция эритропоэза. Клиническое применение. / А.Г. Румянцев, Е.Ф. Морщакова, А.Д. Павлов. – М., 2002. – 290 с.
4. Папаян, А.В. Анемии у детей : рук. для врачей / А.В. Папаян, Л.Ю. Жукова. – СПб. : Питер, 2001. – 38 с.

ВНЕПИЩЕВОДНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Пчельников Ю.В.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Отмечается существенный рост патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у детей. Причем, отмечается четкая тенденция к нарастанию частоты гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ).

Гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР) является наиболее частым моторным нарушением верхнего отдела ЖКТ. При значительном снижении тонуса нижнего пищеводного сфинктера и дефектах антирефлюксной защиты возникают различные внепищеводные «маски» ГЭРБ. Отмечено, что внепищеводная симптоматика ГЭРБ весьма многолика и в ней чаще выделяют группы симптомов относящихся к бронхолегочным, оториноларингологическим, кардиологическим (боли в сердце, нарушения ритма) и стоматологическим (эрозии эмали зубов, кариес, пародонтиты) заболеваниям.

Респираторные нарушения выявляются более чем у половины (50%) детей с ГЭРБ: у них появляется навязчивый кашель, нарушения дыхания, особенно по ночам, симптомы ларингита, трахеобронхита, синдром бронхиальной обструкции. По нашим данным рецидивирующие бронхолегочные и оториноларингологические заболевания при ГЭРБ регистрируются еще чаще - у 66% детей.

Мы в своей работе используем, разработанный нами опросник, помогающий целенаправленно собрать анамнез и не упустить «мелочей», и заподозрить ГЭР, как причину респираторной патологии и бронхиальной обструкции, в частности.

1. Повышен ли у ребенка рвотный рефлекс (легко вызывается при каких-либо провоцирующих обстоятельствах, срыгивания после рождения, продолжавшиеся в течение первого месяца жизни и более),
2. Продолжительность респираторного заболевания (приступа, рецидива), несмотря на лечение, более 10 дней.
3. Изменение голоса (охриплость, осиплость), грубый лающий кашель.
4. Неприятные ощущения в гортани.

5. Ребенок спит на животе, занимает другую вынужденную позу, а при кашле садится.
6. Основные проявления болезни возникают ночью (кашель, одышка, боли в животе, температура).
7. Первым признаком очередного заболевания является кашель.
8. Ночной сон может прерываться внезапным приступообразным кашлем и свистящим дыханием.
9. Приступообразный кашель прекращается, если ребенок пьет жидкость (молоко, воду, чай).
10. Отмечается повышенная потребность в воде ночью, вечером.
11. Заболевание сопровождается обструкцией, ларингитом.
12. Частота заболевания 4 и более раз в году.
13. Склонность к неустойчивому стулу: запоры сменяются кратковременными поносами.
14. Жалобы на боли в животе, тошноту, икоту.
15. Обложенный язык, неприятный запах изо рта(halitosis).
16. Во время еды случается поперхивание, дисфагия, после еды отрыжка (отрыжка в положении лежа, при наклонах туловища). Возможно пассивное поступление желудочного содержимого в пищевод и полость рта (руминация).
17. Кашель приступом возникает через 2-3 часа после обильной еды.
18. Изжога, большое количество слюны во рту. Одинофагия (боль при прохождении пищи по пищеводу, из-за воспаления на слизистой).
19. Извращение вкуса.
20. Эпизоды апноэ во время сна.

Следует учитывать, что в отличие от взрослых, у которых самым частым симптомом является изжога, дети до 5 летнего возраста ее идентифицировать не могут.

При положительных данных анамнеза и характерных клинических проявлениях необходимо провести обследование, которое включает:

1. Общий анализ крови.
2. Кал на скрытую кровь.
3. Биохимический анализ крови.
4. УЗИ органов брюшной полости.
5. ЭКГ.
6. Эзофагогастроуденоскопия. (Помним, хотя ФГДС - «золотой стандарт» диагностики рефлюкс-эзофагита и проводится с прицельной биопсией, его информативность-50%.
8. Внутриводная рН-метрия. (Информативность к 100%).
9. Спирометрия; бронхопровокационные пробы с физической нагрузкой, физиологическим раствором, гистамином, метахолином;
10. Рентгенография легких (по показаниям).
11. Аллергообследование (общее и специфическое).

Таким образом, педантично собранный анамнез позволяет в «новом» свете оценить клинические данные, целенаправленно и детально провести обследование и грамотно разработать меры по профилактике и лечению *респираторной патологии* микроаспирационного генеза.

Литература:

1. Бельмер, С.В. Функциональные нарушения верхнего отдела пищеварительной системы у детей / С.В. Бельмер, Т.В. Гасилина // Рос. мед. журн. – 2001. – № 5. – С. 50–54.
2. Приворотский, В.Ф. Заболевания респираторного тракта у детей, ассоциированные с гастроэзофагеальным рефлюксом / В.Ф. Приворотский, Н.Е. Луппова, Т.А. Герасимова // Рос. мед. журн. – 2004. – № 3. – С. 70–76.
3. Филимонов, А.Б. О связи хронической микроаспирации и гастроэзофагеального рефлюкса у детей с респираторной патологией / А.Б. Филимонов, А.В. Можейко, Л.А. Дулькин // Педиатрия. – 1990. – № 3. – С. 20–23.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНО-КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ЭЗОФАГИТА У ДЕТЕЙ

Пчельников Ю.В., Заблодский А.Н., Пчельникова Е.Ф.

УО «Витебский государственный медицинский университет»